

# MR

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

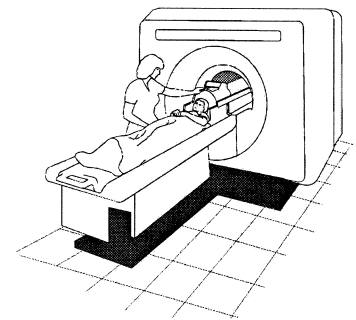
Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin zu einer Magnetresonanztomographie überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die unten angeführten Fragen zu beantworten. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den Arzt.

### Was ist eine Magnetresonanztomographie?

Mit der Magnetresonanztomographie wird der Körper ohne Röntgenstrahlen untersucht. Bei der Untersuchung werden durch starke Magnetfelder kurzdauernde Radiowellen erzeugt. Die Signale, die dabei aus dem Körper empfangen werden, werden mit einem Computer ausgewertet.

### Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert je nach untersuchtem Organ zw. 15 und 30 Minuten. Sie liegen während der Untersuchung in einer Röhre. Während der Untersuchung sind laute Klopfgeräusche zu hören. Es ist sehr wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen.



Je nach Untersuchung und Zuweisungsdiagnose kann eine Kontrastmittelinjektion notwendig werden, um bestimmte krankhafte Veränderungen leichter und genauer diagnostizieren zu können.

### Gibt es Komplikationen im Rahmen der Untersuchung?

An der Einstichstelle kann es zu einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als normale Reaktion auf Kontrastmittel empfinden Patienten während der Injektion häufig ein Wärmegefühl. Gelegentlich treten Unverträglichkeitsreaktionen, wie leichte Blutdruckschwankungen, Übelkeit oder Schmerz und Juckreiz und Quaddeln auf. In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.

Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen, diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich. Schwere Komplikationen treten äußerst selten auf (1:10.000)<sup>1</sup>, das Risiko der Untersuchung ist somit sehr klein im Vergleich zum erzielten Nutzen. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

In einer gewissen, nicht näher definierbaren Liegeposition in Kombination mit einer bestimmten Hautfeuchtigkeit kann es in sehr seltenen Fällen aufgrund magnetischer Schleifenbildung zu oberflächlichen Hautverbrennungen kommen.

<sup>1</sup> Graphik: E. Weißenborn

Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

1. **Haben Sie einen Schrittmacher (Herz, Larynx, Harnblase etc.)?**  Ja  Nein

2. **Wurde bei Ihnen eine Operation am Herzen, am Kopf oder an einem Gelenk durchgeführt?**  Ja  Nein

Wenn ja: Haben Sie Implantate? Z.B. Defibrillator, Herzklappe, Ohrimplantat, Hörgerät, Aneurysmaclip, Insulinpumpe, Schmerzpumpe, Gelenksprothese, Shunt, Port-a-Cath, Stent

Welche: \_\_\_\_\_

3. **Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?**  Ja  Nein

Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind bisher extrem selten beobachtet worden. Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle.

4. **Leiden Sie an einer eingeschränkten Nierenfunktion?**  Ja  Nein

5. **Haben Sie Metallteile oder Metallsplitter?**  Ja  Nein  
(Piercing, Marknagel, Tätowierung)

6. **Sind Sie schwanger oder stillen Sie?**  Ja  Nein

Gab es Operationen oder Verletzungen im Bereich der Untersuchungsregion?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ihre derzeitigen Beschwerden sind:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

⊗

Größe

⊗

Gewicht

Achtung: **Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden weder ein Kraftfahrzeug steuern noch an gefährlichen Maschinen arbeiten.**

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu.

Ich bin mit elektronischer Befund- und Bildarchivierung, medizinischer (auch retrospektiver) Datenabfrage und Weitergabe der Daten an andere behandelnde Ärzte einverstanden.

⊗

Name und Geburtsdatum der/des Patientin/en

Datum

⊗

Unterschrift der/des Patientin/en  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Name und Unterschrift des/der Arztes/RT/MTD